

## Forensische psychiatrie: enkele opmerkingen bij hedendaagse ontwikkelingen

B.C.M. RAES

De forensische psychiatrie raakt geleidelijk bevrijd uit haar isolement ten opzichte van de algemene geestelijke gezondheidszorg. De ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg laten haar dan ook niet onberoerd. Termen als zorgprogramma's, *stepped care*, richtlijnen, *bench-marking*, behandelprotocollen, *evidence-based care* en competentieprofielen buitelen over elkaar heen de forensische psychiatrie binnen. Enkele opmerkingen hierover zijn op zijn plaats.

In *De Psychiater* stelt Legemaate dat 'richtlijnen gestolde en *evidence based* kennis bevatten, maar dat de arts altijd een individuele afweging moet maken' (Haarsma 2002). Evalueerbare zorgprogramma's voor bepaalde doelgroepen mogen het uitgangspunt 'zorg op maat' voor de individuele patiënt niet onder druk zetten, anders zijn we terug bij af: als een patiënt niet binnen de doelgroep van een bepaald zorgprogramma past, moet hij zich dan aanpassen aan het aanbod of moet er een nieuw zorgprogramma ontwikkeld worden? Diagnosegeoriënteerde zorgprogramma's (met het risico van een reductionistische benadering) zijn in de forensische psychiatrie maar ten dele te realiseren, omdat het gevaar voor herhaling van een ernstig delict nu eenmaal geen psychiatrisch-diagnostische categorie is. Behandelmodellen uit de rehabilitatiepsychiatrie, zoals het *vulnerability-stress-coping model* van Anthony en Lieberman, bieden bij de behandeling van de individuele forensisch-psychiatrische patiënt meer houvast. Natuurlijk sluit dit model de toepassing van (meerdere) zorgprogramma's niet uit, maar wellicht verdient het de voorkeur te spreken van individuele zorgtrajecten die tegelijkertijd of achtereenvolgens, afhankelijk van de voortgang in de behandeling, kunnen worden aangeboden.

Een volgend aspect dat in de traditie van de behandeling in de forensische psychiatrie een belangrijke rol speelt, is het verblijf van de patiënt in een therapeutisch leefmilieu dat zoveel mogelijk bijdraagt aan de voor hem gestelde behandelingsdoelen. De differentiatie in therapeutische leefmilieus in elke forensisch-psychiatrische kliniek is een onmisbaar en substantieel – maar moeilijk in zorgprogramma's te vatten – bestanddeel van de behandeling. Deze differentiatie berust op drie uitgangspunten: de mate van beveiliging van de samenleving, de mate van beheersing van veiligheidsrisico's in de kliniek en de aard van het therapeutische milieu. De organisatie van de zorg, de beveiliging en de beheersing in de forensische psychiatrie vergt een onderlinge samenhang van interventies op verschillende niveaus die zo veel mogelijk aansluiten op de behandel doelstellingen van elke individuele patiënt.

Risicotaxatie-instrumenten krijgen een toenemende betekenis in de praktijk van de forensische psychiatrie. Het is overigens opmerkelijk dat deze nauwelijks aandacht krijgen bij de besluitvorming met betrekking tot het gevaarscriterium in de *Wet bijzon-*

dere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) bij het opleggen of verlengen van een onvrijwillige opname krachtens een rechterlijke machtiging. Hier is het klinische oordeel van de psychiater meestal doorslaggevend, terwijl juist dit klinische oordeel in de forensische psychiatrie onder toenemende druk is komen te staan wegens twijfel aan de betrouwbaarheid ervan.

Over risicotaxatie in de forensische psychiatrie schrijft Mullen (2002) vanuit een sociologische invalshoek het volgende: 'The language of dangerousness has been transmuted into the language of risk which has the comforting resonance of the actuarial, the calculable and the avoidable'. Hij citeert vervolgens Mary Douglas die schreef over *the new culture of blame*: 'We are almost ready to treat every death as chargeable to someone's account, every accident as caused by someone's criminal negligence, every sickness a threatened prosecution. Whose fault? is the first question'. Er speelt kennelijk naast de valide argumentatie voor verbetering van de predictie van toekomstig gevaarlijk gedrag met behulp van *risk assessment* op de achtergrond een ander fenomeen: ik wil niet de schuld krijgen als het misgaat.

Ten slotte: voorspellen blijft mensenwerk met individuele mensen. Ik zal nooit vergeten dat ik als arts-assistent neurologie de zorg had voor een patiënt met een hersentumor, tegen wiens dierbaren mijn supervisor de uitspraak gedaan had dat het een kwestie van hooguit enkele weken was, en die na maanden nog alsmaar niet doodging.

## LITERATUUR

- Haarsma, D. (2002). De juridische status van medische richtlijnen. Motiveringsplicht en goede communicatie kunnen rechtszaak voorkomen. *De Psychiater*, 11, 7-9.
- Mullen, P.J. (2002). Introduction. In A. Buchanan (Ed.), *Care of the mentally disturbed offender in the community* (pp. XIII-XIX). Oxford: Oxford University Press.